

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

125

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PEURET

Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze des Epidémies

DE

L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DE LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Procédé de l'Appendicectomie à travers le sac

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

125

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PEURET

Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze des Epidémies

DE

L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DE LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Procédé de l'Appendicectomie à travers le sac



Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET	WEISS
Physique médicale	DESGREZ	BLANCHARD
Chimie organique et Chimie générale	ACHARD	TEISSIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N...	LEJARS
Pathologie et Thérapeutique générales	LETULLE	PRENANT
Pathologie médicale	N.	AUGUSTE BROCA
Pathologie chirurgicale	POUCHET	P. CARNOT
Anatomie pathologique	CHANTEMESSE	N.
Histologie	N.	ROGER
Opérations et appareils	BEZANCON	GILBERT
Anatomie topographique	DEBOVE	CHAUFFARD
Pharmacologie et matière médicale	WIDAL	HUTINEL
Thérapeutique	DUPRÉ	N.
Hygiène	PIERRE MARIE	DELBET
Médecine légale	QUENU	HARTMANN
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.	DE LAPERSONNE
Pathologie expérimentale et comparée	LEGUEU	BAR
Bactériologie	COUVELAIRE	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique médicale	N.	KIRMISSON
Maladies des enfants	ALBERT ROBIN	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale		
Clinique ophthalmologique		
Clinique des maladies des voies urinaires		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile		
Clinique thérapeutique		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance. •

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE
de
MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUINARD
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*Notre regretté parent, victime du
Devoir.*

A LA MÉMOIRE
DE MON MAÎTRE AFFECTIONNÉ
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAMUEL POZZI
Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Grand officier de la Légion d'honneur

*Hommage de notre grande admira-
tion et de notre profonde reconnais-
sance pour le vif intérêt qu'il nous
avait toujours témoigné.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI
MONSIEUR LE DOCTEUR RIEFFEL
MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET
MONSIEUR LE DOCTEUR CATHELIN
MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE
MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU
MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOMPS
MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST
MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS
MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT
MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN
MONSIEUR LE DOCTEUR LION
MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE
MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX
MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS
MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. WEILL
MONSIEUR LE DOCTEUR AGASSE-LAFFONT

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BRUN

Interne des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a suggéré l'idée de ce
travail. Affectueux hommage de
notre vive reconnaissance et de notre
grande admiration.*

A MES EXCELLENTS AMIS

MM. LES D^{rs} H. GILLARD

A. VIELLE

Ch. CHATELIN

A. BUQUET

Internes des Hôpitaux de Paris

*Qui furent pour nous de si bons
maîtres.*

A

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEFFEL

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre profonde
reconnaissance et de notre respec-
tueux attachement.*

INTRODUCTION

Dans une communication à la Société de Chirurgie le 6 février 1918, M. E. Potherat (19) rapportait l'observation d'une malade opérée par lui d'appendicite ancienne avec appendice perforé, coprolithe, dans un foyer à la fois pelvien, vésical et mésocœliaque, et qui avait subi deux ans auparavant, l'hystérectomie abdominale subtotale pour un fibrome utérin, intervention au cours de laquelle l'appendice avait été respecté.

« Ce fait, concluait M. Potherat, justifierait, s'il « était nécessaire réellement, la conduite de ceux « parmi lesquels je me suis rangé depuis longtemps « qui, au cours de toute laparotomie, enlèvent systé- « matiquement l'appendice altéré ou non. »

En effet, la plupart des chirurgiens, actuellement, redoutant les dangers inhérents à la présence d'un appendice même sain dans la grande cavité péritonéale, terminent les opérations qu'ils exécutent sur l'abdomen par l'ablation systématique de l'appendice.

Il est démontré aujourd'hui que l'appendice, véritable amygdale abdominale, constitue un organe

sinon inutile, certainement plus dangereux qu'utile. Les méfaits auxquels il donne lieu, les graves accidents survenant au cours de son inflammation justifient amplement les théories de ceux qui l'enlèvent systématiquement chaque fois qu'il est à leur portée.

Si on a pu rester pendant longtemps très hésitant pour pratiquer cette appendicectomie complémentaire, la réaction s'est faite. « La bénignité actuelle de certaines interventions autorise, dit M. Gosset (2), des opérations combinées qu'il eût été autrefois imprudent d'entreprendre. »

C'est le plus souvent après laparotomie médiane sous-ombilicale, qu'il s'agisse d'une hystérectomie pour fibrome, d'une castration pour annexite, d'une ovariectomie, d'une ligamentopexie, que la résection du vermium est pratiquée, et tout le monde est d'accord pour reconnaître que la gravité de l'intervention n'en est aucunement augmentée.

Dans le même ordre d'idées il arrive à tous ceux qui s'occupent de chirurgie des voies biliaires de faire suivre, toutes les fois que l'opération a été d'exécution simple, l'ablation de la vésicule d'une ablation complémentaire de l'appendice (Gosset). *A fortiori*, ces opérations combinées de cholécystectomie et d'appendicectomie trouvent-elles leurs indications chez toute cette catégorie de malades qui présentent à la fois des lésions vésiculaires et appendiculaires.

D'autres ont pratiqué l'appendicectomie par voie lombaire, au cours des opérations portant sur le

rein. La technique a été décrite par Legueu (14), Edebohls (6), Lechevallier (12), en ce qui concerne la néphropexie et l'appendicectomie combinées. Dans d'autres cas il y a coexistence d'appendicite et de calcul de l'urètre, et l'opération double est de rigueur (Gosset) (8).

Enfin, au cours de la *cure radicale de la hernie inguinale droite*, nombre de chirurgiens cherchent à enlever en même temps l'appendice (Schwartz, Ricard cités par Siégel (20), Gosset (8).

De cette opération combinée l'appendicectomie et cure de hernie inguinale droite, dérivent l'appendicectomie au cours de l'orchidopexie pour ectopie testiculaire droite (Brun), l'ectopie étant le plus souvent compliquée de persistance partielle ou totale du canal vagino-péritonéal, et l'appendicectomie au cours de la cure de la hernie crurale droite par voie inguinale (Desmarets) (5).

L'appendicectomie complémentaire justifiée quand elle s'adresse à un organe lésé, ayant été le siège de poussées inflammatoires, ne l'est pas moins si l'organe est sain et nous pensons avec M. Gosset (8) que « chaque fois qu'une opération est pratiquée « sur les viscères abdominaux, que cette opération « est en elle-même bénigne, et que l'incision permet « un accès plus ou moins facile sur la région iléo- « cæcale, il faut s'efforcer de pratiquer l'ablation de « l'appendice. »

Nous avons eu, depuis deux ans, dans les services de nos maîtres, MM. les D^{rs} Rieffel et Baudet, l'occa-

sion fréquente de mettre en pratique ces données théoriques et en collaboration avec notre collègue et ami Brun, avons pratiqué 41 appendicectomies au cours d'interventions portant sur la région inguinale droite : hernie inguinale droite, hernie crurale droite, orchidopexie pour ectopie testiculaire droite.

Nous avons pu nous rendre ainsi compte de la bénignité de cette intervention complémentaire et notre but est de montrer, d'après nos observations personnelles, les raisons anatomiques et cliniques qui justifient l'appendicectomie complémentaire au cours de la cure radicale des hernies inguinales et des ectopies testiculaires du côté droit.

DE L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DE LA
CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE
Procédé de l'Appendicectomie à travers le sac

L'appendicectomie à travers le sac de la hernie inguinale droite

M. Gosset (8) décrit deux techniques d'appendicectomie par voie inguinale : la première s'adresse aux cas où à l'ouverture du sac herniaire, le cæcum peut être attiré ; puis l'appendice dont on pratique l'ablation ; *c'est l'appendicectomie à travers le sac* ; la seconde technique vise les cas où il est impossible d'apercevoir le cæcum par le sac, encore moins de l'attirer avec l'appendice : il faut alors prolonger en haut l'incision cutanée et aller faire très haut une dissociation à la Mac Burney, pour que l'appendicectomie soit possible, c'est *l'appendicectomie par dissociation*.

Pour M. Gosset, l'appendicectomie à travers le sac, surtout chez l'homme est rarement possible, et dans les trois quarts des cas on ne peut pratiquer avec sécurité l'ablation de l'appendice qu'en adjoi-

gnant une dissociation musculaire, faite aussi haute que possible.

L'appendicectomie par dissociation musculaire, haute dans l'angle supérieur de l'incision, ne nous paraît pas devoir être considérée comme une appendicectomie par voie inguinale. Il s'agit là d'une appendicectomie par voie iliaque moyenne. C'est somme toute une appendicectomie par le procédé de Mac Burney avec incision basse.

Seule, à notre avis, *l'appendicectomie à travers le sac est une appendicectomie par voie inguinale droite.*

Neus avons employé uniquement cette dernière technique, qui nous a donné des résultats fort différents de ceux obtenus par M. Gosset. L'appendice fut recherché systématiquement chez l'homme dans 17 cas : 11 fois l'appendicectomie fut possible ; 2 fois chez la femme avec succès ; 30 fois chez l'enfant avec 25 succès, c'est-à-dire que *l'appendicectomie à travers le sac fut possible dans 64 o/o des cas chez l'homme, dans 83 o/o des cas chez l'enfant.*

Nous allons montrer que les résultats obtenus par nous justifient amplement la recherche systématique de l'appendice au cours des hernies inguinales droites et que le pourcentage considérable de cas dans lesquels l'appendicectomie peut être faite est confirmé par l'étude anatomique des rapports entre le cæcum et l'appendice d'une part et l'anneau inguinal profond d'autre part.

Constatations cliniques et anatomo-pathologiques justifiant l'appendicectomie complémentaire systématique.

L'appendicectomie complémentaire au cours de la cure radicale de la hernie inguinale est justifiée à nos yeux par un certain nombre de constatations faites au cours des interventions que nous avons pratiquées.

1° *Le malade a présenté antérieurement des crises d'appendicite ; là il n'est plus seulement possible, mais il devient nécessaire d'enlever cet appendice.*

Tel est le cas du malade opéré par M. Gosset (8) qui six ans avant de subir la cure radicale d'une double hernie inguinale, avait été sur le point d'être opéré pour une crise grave d'appendicite, et chez qui il fut facile de pratiquer l'appendicectomie complémentaire.

2° Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de *péritonite appendiculaire chez des sujets précédemment opérés de hernie inguinale droite*. Il s'agissait une fois d'un enfant de onze ans (obs. LV), l'autre fois d'un jeune homme de dix-sept ans (obs. LVI), chez qui les accidents péritonéaux prirent

une allure extrêmement grave. Dans ce dernier cas, le début des accidents étant survenu à la suite d'un effort, le diagnostic de récurrence de la hernie avec étranglement d'emblée fut porté et le malade soigné tout d'abord comme tel.

Dans les deux cas, l'intervention d'urgence (petite incision, évacuation du pus, appendicectomie, drainage), suivant la technique préconisée dans sa thèse par notre collègue Brun (3), sauva les malades.

Ces deux observations, pour qui connaît la gravité des accidents appendiculaires chez l'enfant et l'adolescent, suffiraient à elles seules à justifier l'appendicectomie systématique.

3° Chez un certain nombre de nos opérés n'ayant jamais présenté de crises d'appendicite, ni même de phénomènes douloureux du côté de la fosse iliaque droite, *nous avons trouvé un appendice malade, là où nous pensions le trouver sain.*

Trois fois nous avons trouvé un appendice contenant un calcul stercoral. Dans notre observation XII l'appendice est long, très gros, son extrémité violacée, renflée, contient une coprolithe du volume d'un haricot. Dans l'observation XXI l'appendice est long et contient un gros calcul. Dans l'observation XXXIX, un enfant présente une ectopie testiculaire droite (variété inguinale externe) à laquelle sont attribués des phénomènes douloureux assez violents siégeant le long du cordon et irradiant à la fosse iliaque droite. L'enfant présente en outre une petite hernie inguinale droite. Au cours de l'intervention on retire

un appendice dont l'extrémité renflée, rouge, congestionnée, contient un volumineux calcul stercoral. L'appendice se trouvant en situation pelvienne, il est probable que les douleurs ressenties par l'enfant étaient d'origine appendiculaire et non testiculaire.

Dans nos observations VII et VIII l'appendice a été trouvé congestionné, turgescant.

4° Sur 41 appendices enlevés par la voie inguinale, 24 se trouvaient en situation pelvienne, 5 en position rétro-cæcale. Or les statistiques opératoires démontrent que *certaines dispositions de l'appendice et spécialement les positions rétro-cæcale et pelvienne favorisent beaucoup son inflammation*. Bérard et Vignard (2), qui signalent ce fait important, citent les chiffres suivants : la position rétro-cæcale qui pour les anatomistes se rencontre de 13 à 20 fois sur 100, est signalée par les chirurgiens chez 25 à 40 pour 100 de leurs opérés ; la position pelvienne que les anatomistes trouvent dans 20 à 37 pour 100 des cas, est rencontrée jusqu'à 45 fois sur 100 par les chirurgiens au cours des appendicectomies pour appendicite. Dans ces deux positions, la vascularisation et l'évacuation de l'appendice paraissent être également gênées : dans l'appendice rétro-cæcal par la soudure parfois à angle aigu de l'appendice au voisinage de son orifice, par son incarceration entre les feuillets séreux accolés ; dans l'appendice pelvien, la stagnation du contenu est facilitée par l'action même de la pesanteur. En outre de tels appendices lors de la moindre

inflammation contractent facilement des adhérences avec les organes voisins plus ou moins infectés ou cordés sur eux. Rastouil, élève de Walther, a décrit dans sa thèse (1901), ces types d'appendices qui par leur forme ou leur position semblaient particulièrement prédisposés à l'inflammation.

Or de ces variétés pelvienne et rétro-cæcale le plus fréquemment observées comme situation de l'appendice, les plus fréquemment cause de son inflammation, la variété pelvienne la plus fréquente, est des plus faciles à extérioriser et à enlever par la voie inguinale. Les 24 appendices pelviens que nous avons trouvés furent enlevés sans aucune difficulté. Cinq fois nous avons trouvé un appendice rétro-cæcal, l'un d'eux fut enlevé très facilement (obs. XXXIII), les quatre autres difficiles à extérioriser furent cependant enlevés sans incidents.

5° Enfin nous avons observé 4 *appendices en situation herniaire inguinale* et 1 *en situation herniaire crurale*.

Une fois l'extrémité libre de l'appendice plonge sur une longueur de 2 centimètres à travers l'anneau inguinal profond dans le sac (obs. III). L'appendice attiré est enlevé, il est gros, très long. Le cæcum bas situé est peu mobile.

Dans l'observation IV, l'appendice plonge encore dans le sac, mais il est long, congestionné, renflé à son extrémité, légèrement adhérent au sac.

L'enfant de l'observation II, présentait un sac herniaire contenant un liquide séreux, et l'orifice ingui-

nal profond étroit était obstrué par l'extrémité de l'appendice.

Chez l'enfant de l'observation I, l'appendice entièrement engagé dans le sac herniaire s'y est étranglé, depuis trois jours, sans que le diagnostic soit tout d'abord posé car si l'enfant a eu des vomissements, il a eu des selles diarrhéiques.

Enfin, nous avons rencontré (obs. LIV) une hernie crurale étranglée de l'appendice, dans laquelle, ce dernier, gros comme le petit doigt, de couleur noirâtre, de consistance friable, adhérent au sac, présentait une perforation.

Tous ces malades ont guéri après kélotomie et appendicectomie.

Tels sont les faits qui justifient à nos yeux l'appendicectomie complémentaire systématique au cours de la cure radicale de la hernie inguinale droite : appendices supposés sains et trouvés malades, appendicite survenant chez un sujet précédemment opéré de hernie inguinale droite, fréquence de l'inflammation des appendices en situation pelvienne dont l'ablation par voie inguinale est si facile, fréquence des hernies de l'appendice dont l'étranglement, ou l'inflammation (appendicite herniaire) sont si graves.

Enfin disons que la plupart du temps, quelle que soit la situation de l'appendice par rapport au cæcum, l'appendicectomie à travers le sac de hernie inguinale est très facile : 37 appendicectomies faciles sur 41 pratiquées par cette voie, les 4 appendices

difficiles à enlever étaient en situation rétro-cæcale. Tous nos malades ont guéri rapidement sans incidents post-opératoires. Le pronostic de la double opération reste bénin.

L'appendicectomie complémentaire pratiquée systématiquement au cours des cures radicales de hernies inguinales simples ou compliquant une ectopie testiculaire, permettrait de diminuer considérablement surtout chez l'enfant, le nombre des appendicites aiguës dont le pronostic est en général si grave.

Sans espérer trop ardemment comme Longuet (de Rouen) (16) « qu'on obiendra peut-être par l'appendicectomie complémentaire, après de multiples générations, la suppression familiale définitive de l'appendice » il convient d'extirper l'appendice chaque fois qu'il est à portée, « le rôle du médecin au temps présent, n'est-il pas, comme le disait si finement Landouzy, d'être empêcheur de maladies, plutôt que guérisseur de malades. »

Possibilité anatomique de l'appendicectomie par la voie inguinale

La possibilité de l'appendicectomie par la voie inguinale droite dépend de la situation et de la mobilité du cæcum et de l'appendice par rapport à l'anneau inguinal profond.

Pour découvrir celui-ci, nous avons employé, dans tous les cas, l'incision préconisée par M. Gosset (8), incision haute exclusivement iliaque s'étendant sur une longueur de 6 à 8 centimètres, de un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure à 2 centimètres au-dessus de l'épine du pubis. Cette incision haute, permet d'éviter la section des rameaux artériels sous-cutanés, dépendant des honteuses, qui pourraient être cause d'hématomes post-opératoires. Elle découvre tout le canal inguinal, le tendon conjoint, et surtout l'orifice profond du canal, porte d'entrée de la fosse iliaque droite, à travers laquelle se fera l'appendicectomie.

Nous étudierons donc ici les rapports topographiques du canal inguinal et de son orifice profond avec le cæcum et l'appendice, en comparant les données classiques et les résultats que nous avons obtenus.

A) Le *segment iléo-cæcal* occupe normalement la fosse iliaque droite, le cæcum et l'appendice remplissant l'espace triangulaire situé entre les vaisseaux iliaques et l'arcade de Fallope.

Telle est la situation topographique vers laquelle tend le cæcum au cours de la torsion et de l'involution intestinale chez l'embryon ; le cæcum et l'appendice ayant successivement occupé la région ombilicale, la région épigastrique, la région lombaire, la région iliaque. Cette constatation embryologique permet de comprendre les anomalies de situation assez fréquemment observées.

1° *Situation du cæcum*

Avec Alglave (1) on peut considérer au cæcum des situations typiques et atypiques.

Les *positions typiques* sont au nombre de trois :

a) La *position iliaque moyenne* qui s'observe chez l'adulte dans 83 o/o des cas (Tuffier et Jeanne) (23), chez l'enfant dans 55 o/o des cas (Legueu) (13).

Le cæcum est au-dessous de la ligne bisiliaque et peut même entrer en rapport avec l'arcade crurale surtout chez le vieillard, d'après Tarenetzky.

b) La *position basse*, au détroit supérieur, plus fréquente chez le vieillard que chez l'adulte ; chez l'adulte dans 15 o/o des cas (Tuffier et Jeanne) (23), chez l'enfant dans 14 o/o des cas (Legueu) (13).

c) La *position haute*, exceptionnelle chez l'adulte, serait fréquente chez l'enfant : dans 31 o/o des cas

pour Legueu (6 fois pré-rénale, 25 fois sous-hépatique).

Les situations atypiques reproduisent dans leur ensemble la migration cæcale dans la fosse iliaque gauche, l'hypocondre gauche, derrière l'ombilic, entre le lobe droit du foie et le diaphragme, dans la vessie, dans le cul-de-sac de Douglas. Ce sont là des faits très rares.

2° Situation de l'appendice

L'appendice naît sur le cæcum, au point de convergence des trois bandes longitudinales, en un point situé de 17 à 30 millimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale ; quelquefois il paraît naître de la face postérieure du cæcum, exceptionnellement on l'a vu se détacher de la face antérieure.

La situation de l'appendice par rapport au cæcum est des plus variables et il y a lieu de distinguer des positions normales et des positions anormales ectopiques. Une statistique étrangère citée par Bérard et Vignard (2) et portant sur 2092 observations (examens cadavériques, constatations opératoires, faits publiés) donnent les résultats suivants :

1° Positions normales, principales.....	1215 fois	58 0/0
dont :		
a) Position pelvienne.....	755 —	37 0/0
b) Position iléo-cæcale (ou interne).....	254 —	12 0/0
c) Position latéro-cæcale.....	206 —	10 0/0

2° Positions anormales secondaires.....	877	—	42 o/o
a) Appendice rétro-cæcal.....	433	—	21 o/o
b) Appendice anté-cæcal (haut).....	97	—	4 o/o
c) Appendice sous-cæcal.....	48	—	2 o/o
d) Appendice incrusté dans le cæcum.....	8	—	0,3 o/o
e) Appendice trouvé dans une hernie.....	275	—	13 o/o
f) Appendice aberrant, c'est-à-dire siégeant avec le cæcum dans la fosse iliaque gauche au niveau de la rate, sous le foie, contre la vésicule biliaire, sur le plancher pelvien.....	16	—	0,7 o/o

D'autres statistiques donnent les résultats suivants :

a) Lafforgue (10) :

Appendice en situation interne.....	26 o/o
Appendice en situation externe.....	17 o/o

b) Testut (21) :

Appendice en situation ascendante.....	13 o/o
Appendice en situation descendante.....	40 o/o

c) Poirier (18) :

Appendice en situation iliaque interne....	20 o/o
Appendice en situation iliaque externe....	49 o/o
Appendice en situation descendante.....	20 o/o

d) Kelly et Hurdon (9) :

Appendice en position iliaque et paracæcale interne.....	40 o/o
Appendice en position rétrocæcale : envi- ron.....	40 o/o
Appendice en position prolabée pelvienne : environ.....	20 o/o

La grande majorité des statistiques donne aux situations pelvienne et interne les plus nombreuses places : 40 à 60 o/o des cas.

En ce qui concerne les appendices que nous avons enlevés par voie inguinale nous trouvons les résultats suivants sur 42 observations.

Situation pelvienne.....	24 cas	57 o/o
Situation interne.....	8 —	19 o/o
Situation rétro-cæcale.....	5 —	12 o/o
Appendice herniaire dans le trajet inguinal.....	4 —	9 o/o
Appendice dans une hernie crurale.....	1 —	

Au cours de 27 appendicetomies faites *chez l'enfant* par voie inguinale, nous avons trouvé :

20 fois une appendice pelvien.

3 fois une appendice iléo-cæcal, interne.

2 fois une appendice rétro-cæcal.

2 fois une appendice dans le sac herniaire.

Nous ajouterons que tant au cours des appendicectomies par la voie ordinaire, que de celles pratiquées par voie inguinale chez l'enfant, *nous avons constaté que le cæcum et l'appendice étaient plus souvent en situation iliaque moyenne que ne le disent les classiques.*

3° *Mobilité du cæcum et de l'appendice.*

L'embryologie explique, qu'après la fin de la torsion de l'anse intestinale, le mésentère primitif, entraîné par le cæcum et le côlon ascendant vient se placer transversalement en avant du rein et de la paroi abdominale postérieure ; un *fascia d'accellement* se produit qui s'étend depuis le côlon jusqu'à l'artère iléo-colique et l'artère mésentérique supé-

rière, et en hauteur du duodénum à l'angle iléo-colique. Ainsi se forment les deux ligaments externe (ligament latéral ascendant d'Alglave) et interne (ligament rétro-ilé-colique d'Alglave).

Quand le processus de soudure reste localisé au mésentère, *le cæcum et l'appendice restent libres et c'est ce que l'on observe le plus fréquemment.*

Mais quand le processus de soudure s'étend à l'intestin et au cæcum, il en résulte la formation d'une lame rétro-iléo-colique décollable et sur l'importance chirurgicale de laquelle Alglave a insisté. Le ligament iléo-colique n'est pas autre chose que l'extrémité inférieure de cette lame de soudure. Le ligament pariétal ascendant est au contraire l'extrémité inférieure du plan de soudure du côlon ascendant. L'appendice peut être pris dans le processus de soudure et rester rétro-cæcal et rétro-colique.

A côté de ces deux extrêmes : cæcum libre et cæcum fixé, il est place pour tous les intermédiaires.

Alglave a divisé ces dispositions péritonéales atypiques en :

a) Dispositions favorables à la chirurgie dans lesquelles il n'y a ni ligament latéro-colique ascendant ni ligament iléo-colique. Le péritoine remonte jusqu'à la partie moyenne du côlon ascendant : la mobilité du cæcum est extrême.

b) Dispositions défavorables à la chirurgie qui comprennent trois types principaux :

α Cæcum fixe avec iléon mobile

β Cæcum mobile avec iléon fixé.

γ Cæcum et iléon fixés.

Dans ces derniers cas, l'extériorisation ne peut se faire qu'après décollement préalable de la lame rétro-iléo-colique.

Cependant, ces dispositions sont assez peu fréquentes et Villandre (24) conclut que *l'on peut presque toujours compter sur une mobilité suffisante du cæcum pour pouvoir l'attirer en dehors de la fosse iliaque*, et c'est ainsi que l'on peut pratiquer l'appendicectomie par voie médiane au cours d'une hystérectomie abdominale. »

Personnellement nous avons rencontré cette fixité du cæcum six fois sur 50 cas, soit 12 0/0, cinq fois il y avait fixité du cæcum avec mobilité de l'iléon, (ob. XLI, XLVI, XLVII, XLVIII, LI) une fois fixité de l'angle iléo-cæcal, mais mobilité du fond du cæcum (obs. LI). Dans les 41 observations où l'appendicectomie fut pratiquée, le cæcum était mobile.

4° *Projection de l'appendice sur la paroi abdominale.*

Chez plus des deux tiers des sujets écrivent Bérard et Vignard (2), l'appendice est libre dans la cavité péritonéale, à peu près à une distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure (point de Mac Burney), ou plutôt à l'union du tiers moyen et du tiers externe droit de la ligne bi-épineuse (point de Lanz).

Garau (7) a recherché sur 85 cadavres la projection sur la paroi de l'appendice. Il résulte de ses recherches que :

Dans 11 0/0 des cas, la base de l'appendice était plus près du point de Mac Burney que de celui de Lanz.

Dans 2,22 0/0, la base de l'appendice était à égale distance de ces deux points.

Dans 86 0/0, la base de l'appendice était plus près du point de Lanz.

Pour cet auteur » le point de Lanz, dans la plus grande partie des cas (86 0/0) nous indique le siège anatomique de la base de l'appendice ; celui de Mac Burney n'est autre que le district cutané correspondant au segment médullaire auquel se rattachent les nerfs afférents de cet organe et il conserve par conséquent sa grande valeur diagnostique. »

Tel est aussi l'avis de M. Lejars (15) pour qui « la situation topographique de l'émergence appendiculaire est beaucoup plus constante qu'on ne l'admet généralement, mais n'a aucun rapport avec le point de Mac Burney. Le point de Lanz sur la ligne bi-spinale paraît être d'une valeur localisatrice tout autre. »

B) *L'Anneau inguinal profond*, ou interne est situé dans la partie interne du tiers moyen de l'arcade crurale ; son point le plus bas est au-dessus de cette arcade, à 1 centimètre plus haut, quelquefois à 15 ou 20 millimètres ou même plus encore. Il est de forme ovale à grosse extrémité inférieure, obliquement dirigé en bas et en dedans dans le sens de l'arcade, et long de 12 à 15 millimètres. La coupe sagittale

passant par le milieu de l'artère fémorale l'atteint en son milieu. Chez l'enfant, il est plus en dedans.

Le sac de la hernie étant ouvert, c'est à travers cet orifice profond du canal inguinal que se fera l'appendicectomie. Dans les cas types on aperçoit de suite le cæcum ; dans les autres cas il faut au moyen de l'écarteur de Farabeuf, ou mieux de l'écarteur de Hartmann introduit à travers l'ouverture abdominale du sac, relever fortement le tendon conjoint. Celui-ci forme souvent chez l'adulte bien musclé une corde bien tendue relativement peu facile à récliner, mais bien des hernieux ont une mauvaise paroi et il est alors facile d'agrandir considérablement l'orifice inguinal profond par simple traction. Le même fait s'observe chez la femme. Enfin chez l'enfant la traction avec l'écarteur de Farabeuf sur le tendon conjoint, permet, en raison du peu de résistance des tissus, d'obtenir facilement un jour assez considérable sur la région iliaque moyenne.

Il est donc important de savoir quel est la distance qui sépare l'anneau inguinal interne de l'émergence de l'appendice.

Nous avons pratiqué sur 15 malades adultes de nos salles les mensurations suivantes : distance de l'anneau inguinal profond au point de Mac Burney, distance au point de Lanz.

Considérant que l'anneau inguinal profond se trouve à 15 millimètres au-dessus de l'arcade crurale où la ligne verticale passant par l'artère fémorale

(point de repère indiqué par Charpy *in* Poirier); le point de Mac Burney (17) à 4 cm. 5 de l'E. I. A. S. sur la ligne ombilico-iliaque (moyenne des points extrêmes indiqués par Mac Burney, un pouce et demi, 3 cm. 81 à deux pouces, 5 cm. 8), le point de Lauz étant situé à l'union du tiers droit et du tiers moyen de la ligne bispinale.

Nous avons trouvé les résultats moyens suivants sur 15 hommes de 1 m. 60 à 1 m. 70.

Longueur de la ligue bispinale : 33 centimètres.

Distance du point de Lanz à l'E. I. A. S. : 11 centimètres.

Distance du bord supérieur de l'anneau inguinal profond :

a) Au point de Mac Burney situé en haut et en dehors : 5 cm 5.

b) Au point de Lanz situé en haut et en dedans : 4 cm. 2.

Nous avons remarqué d'autre part au cours des interventions que nous avons pratiquées, qu'il était possible de récliner le tendon conjoint vers le haut de 15 à 25 millimètres. *Le bord supérieur de l'orifice abdominal peut donc être à 2 centimètres ou 2 cm. 5 du point de Lauz, c'est-à-dire très près du point qui, dans 86 o/o des cas, d'après Garaud (7), répond à l'émergence de l'appendice.*

Chez l'enfant, l'anneau inguinal profond se trouve en dedans de la verticale passant par les vaisseaux fémoraux. Il se rapproche donc de la verticale pas-

sant par le point de Lauz et de ce point, par conséquent.

Notre statistique opératoire correspond à ces données anatomiques : dans 41 fois sur 53 cas où nous avons recherché l'appendice, nous avons pu pratiquer l'appendicectomie, soit dans 77 o/o des cas. Chez l'enfant, 25 fois sur 30, soit 83 o/o ; chez la femme, 2 fois sur 2 ; chez l'homme, 11 fois sur 17, soit 64 o/o. Il y a lieu de remarquer que 5 fois, l'appendice en situation rétro-cæcale fut enlevé par cette voie, 1 fois très facilement (obs. XXXIII), 4 fois avec une certaine difficulté (obs. V, XXVII, XXXII, XLI).

Une fois (obs. L), l'appendice était rétro-cæcal sous-séreux, et malgré la mobilité relative du cæcum il ne put être aperçu en entier.

Dans les autres observations (adultes) nous avons trouvé :

23 appendices pelviens.

8 appendices internes.

4 appendices herniaires (obs. I, II, III, IV).

L'appendicectomie fut très facile dans chacun des 31 cas d'appendices pelviens ou internes, de même que dans les 4 cas d'appendices herniaires.

En résumé, l'étude anatomique des régions iléo-cæcale et inguinale permet de prévoir que dans la grande majorité des cas, 80 o/o environ, l'appendicectomie pourra être faite à travers le sac herniaire. Tel est environ le pourcentage que nous avons obtenu au cours de nos interventions.

Technique de l'appendicectomie à travers le sac de la hernie inguinale droite

1. — Soins préopératoires

L'avant-veille de l'intervention au matin le malade est purgé à l'huile de ricin, ou à l'eau de Sedlitz. La veille de l'intervention, il restera à la diète hydrique et recevra le soir un lavement.

Cette pratique, enseignée par notre regretté maître, M. le professeur Pozzi, présente deux grands avantages : au jour de l'opération l'effet de la purgation est entièrement terminé, il n'y a donc pas lieu de craindre une souillure de la salle d'opération au moment de l'anesthésie ; d'autre part, l'intestin réagit à la purgation par un météorisme passager, mais qui dure parfois plus de vingt-quatre heures et cause alors une gêne considérable au cours des interventions. Purgation l'avant-veille, lavement la veille, donnent au jour de l'intervention le maximum de tranquillité : l'intestin est complètement vide, aplati, il ne gêne en rien l'opérateur.

La veille, le malade prendra un grand bain chaud et savonneux d'une demi-heure. Le pubis, le scrotum,

la partie droite de l'abdomen et la racine de la cuisse droite seront soigneusement rasées, la région largement savonnée, puis rincée à l'éther et à l'alcool (sauf au niveau du scrotum où on rincera à l'eau bouillie). Un pansement stérile sera appliqué.

Le malade aura uriné immédiatement avant l'intervention.

II. — Anesthésie

On emploiera l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther (nous avons employé les deux indifféremment), mais il est *absolument nécessaire que l'anesthésie soit complète*, pendant toute la durée de l'opération, que le malade ne fasse aucun mouvement, qu'il ne vomisse pas, qu'il ne pousse pas. Il est absolument impossible de pratiquer l'appendicectomie lorsque le malade pousse et extériorise à travers le sac épiploon et intestin grêle.

C'est surtout lors de l'anesthésie au chloroforme à la compresse que ces incidents surviennent. On les évite sûrement en donnant le chloroforme « au chronomètre ». Toutes les 20 secondes au début on donnera X à XV gouttes de chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète, ce qui demande de quatre à cinq minutes ; une fois le malade endormi, la dose d'entretien est de VI à VII gouttes toutes les trente secondes. Nous avons donné plusieurs centaines d'anesthésies, suivant ce procédé, sans avoir jamais ni accidents ni incidents.

III. — Désinfection du champ opératoire

La *désinfection du champ opératoire* sera obtenue suivant la méthode couramment employée :

1° Rasage à sec dans les cas d'urgence, si le rasage n'a pas été pratiqué la veille ;

2° Au moment de l'intervention, à l'aide d'un tampon de gaze hydrophile trempé dans la teinture d'iode on badigeonne largement la région à opérer ;

3° Au moment d'inciser, repasser une couche d'iode sur la ligne d'incision ;

4° L'opération terminée, enlever l'excès d'iode, à l'alcool.

IV. — Instrumentation

L'*Instrumentation* n'offre rien de spécial. Aux instruments ordinairement employés pour une cure radicale de hernie, on ajoutera :

Une pince en cœur, ou triangulaire, qui servira à appréhender le cæcum et l'appendice.

Une pince longuette légèrement coudée.

Une paire d'écarteurs de Hartmann, plus larges que ceux de Farabeuf et donnant plus de jour, et une aiguille fine de Reverdin pour l'enfouissement du moignon appendiculaire.

Nous nous servons volontiers pour la réfection de la paroi de l'aiguille de Doyen, plus solide et dont la courbure est plus commode que celle de l'aiguille de Reverdin.

V. — Manuel opératoire

PREMIER TEMPS : *Incision cutanée.* — La ligne d'incision s'étend suivant la bissectrice de l'angle formé par l'arcade crurale d'une part, et une verticale passant par l'épine pubienne d'autre part.

On incise la peau nettement et d'un seul coup sur toute son étendue d'un point situé sur la ligne d'incision à un travers de doigt et demi ou deux au dessous de la ligne hispinale (ligne joignant les deux E. I. A. S.) et s'arrêtant à 2 centimètres au-dessus de l'épine pubienne. C'est donc une incision haute, exclusivement iliaque, d'une longueur de 6 à 8 centimètres.

On rencontre sous la peau une grosse veine sous-cutanée abdominale qui, en règle générale, se trouve au milieu de l'incision cutanée. On la sectionne entre deux pinces.

DEUXIÈME TEMPS : *Incision de l'aponévrose du grand oblique.* — Le bistouri incisera le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à ce qu'apparaisse dans toute sa netteté l'aponévrose nacrée du grand oblique. On la dégagera bien de tout le tissu cellulo-graisseux qui la recouvre. Il y a intérêt à commencer cette mise à nu à la partie supérieure de la plaie où l'aponévrose est plus nette, pour la prolonger ensuite vers le bas, où les fibres de l'aponévrose sont fréquemment dissociées, on ne risquera pas ainsi d'érailler l'aponévrose en la dégageant.

Une sonde cannelée est alors introduite par l'orifice superficiel du canal et parallèlement à lui, chargeant l'aponévrose et seulement cette aponévrose, ce dont il faudra s'assurer.

Sur la sonde cannelée, l'aponévrose sera incisée parallèlement à l'incision cutanée et non parallèlement à l'arcade de Fallope.

Les bords de la section aponévrotique étant saisis avec deux pinces de Terrier, on dégagera immédiatement et soigneusement les deux lames aponévrotiques, en dehors jusqu'à l'arcade crurale, en dedans jusqu'à ce que le tendon conjoint soit largement découvert. On ne dégage jamais assez ces deux lames.

M. Gosset (8) recommande de pratiquer la section du grand oblique, très en dedans, le long du pilier interne. Cette manière de procéder offre l'avantage, après exécution de la suture du bord postérieur de l'arcade crurale au tendon conjoint, de conserver assez de lèvre externe du grand oblique pour permettre un solide plan de suture antérieur en avant du petit oblique et du transverse.

TROISIÈME TEMPS: *Recherche du sac herniaire.* — Le cordon spermatique étant isolé complètement des parois du canal inguinal, à partir de l'orifice inguinal supérieur, on incise longitudinalement la tunique fibreuse, on repère par le palper le canal déférent afin de l'isoler et on recherche le sac sous forme d'une membrane blanchâtre.

Le sac repéré avec une pince est isolé très haut

des éléments du cordon ; entre deux pinces placées sur le fond (s'il s'agit d'une hernie acquise) ou sur la paroi latérale (dans les hernies congénitales vagino-péritonéales), on incise légèrement le sac, on s'assure que le sac seulement est incisé, puis on ouvre largement.

C'est à ce moment que l'on doit chercher à pratiquer l'appendicectomie.

QUATRIÈME TEMPS : *Recherche du cæcum et de l'appendice.* — Un écarteur de Hartmann chez l'adulte, de Farabeuf chez l'enfant est introduit à travers l'ouverture abdominale et relève fortement le tendon conjoint. Dans les sacs à collet étroit ou chez les enfants, il suffit d'avoir un modèle d'écarteur petit, et l'introduction se fait sans trop de difficulté parfois « en forçant » un peu.

Dans quelques cas, après mise en place de l'écarteur on aperçoit de suite le cæcum ou même l'appendice. Chez l'enfant le cæcum apparaît d'une couleur blanc nacré à côté de l'intestin grêle plutôt rose, la différence de coloration y est plus nette que chez l'adulte.

Dans d'autres cas le cæcum n'est pas vu immédiatement, c'est l'intestin grêle ou l'épiploon qui viennent se présenter à l'anneau inguinal. Nous signalerons ici cette propriété que possède l'épiploon chez l'enfant d'adhérer intimement aux instruments et aux mains gantées ou non de l'opérateur. Cette propriété qui fait que tout instrument introduit dans

l'abdomen ramène plus sûrement l'épiploon que ce qu'on y recherche, est des plus gênante.

On peut cependant se débarrasser de l'intestin grêle et de l'épiploon *prævia* par divers artifices :

1° On peut tout d'abord mettre le malade en position légèrement déclive ;

2° On peut soulever grêle et épiploon avec l'écarteur qui recline le tendon conjoint ;

3° On peut enfin les refouler au moyen d'une compresse imbibée de sérum salé tiède, et montée sur une pince-longuelette courbe introduite par l'anneau inguinal profond.

On arrive ainsi sur le cæcum et l'appendice, à la condition toutefois que l'anesthésie soit absolue et que le malade ne pousse pas.

CINQUIÈME TEMPS : *Descente du cæcum*. — L'appendice s'il est visible, ou le cæcum sont saisis avec une pince à disséquer sans griffes, ou avec la pince en cœur. Le tact permet de se rendre compte que l'on a saisi le cæcum et non le grêle. Le cæcum offre une consistance plus épaisse que le grêle qui est mince.

Dans la plupart des cas on arrive à amener à la plaie l'appendice et le cæcum. Il est des cas où le cæcum très long, très mobile, comme chez la femme, se laisse amener au dehors. Dans d'autres cas, le cæcum descend difficilement, mais une bonne réclinaison du tendon conjoint permet de suppléer à ce défaut de mobilité.

Avec le cæcum l'appendice apparaît le plus sou-

vent. Il faut parfois rechercher l'appendice rétro-cæcal.

SIXIÈME TEMPS : *Appendicectomy*. — L'appendice étant amené, son extrémité amarrée avec une pince en cœur, des champs opératoires propres sont disposés qui ne laissent apparaître que l'appendice et le fond du cæcum.

Le méso-appendice est lié le premier avec un brin de catgut n° 1.

Immédiatement, avant même de lier l'appendice, il faut penser à l'enfouissement du moignon appendiculaire.

Si le cæcum est relativement mobile, si le fond en est largement accessible, on disposera immédiatement un fil de soie n° 0, en surjet, en bourse autour de la base de l'appendice.

On fera suivre de la ligature de l'appendice, de sa section au thermocautère, de l'enfouissement en bourse.

Si au contraire on atteint tout juste la base de l'appendice, à cause de la fixité du cæcum, on ne pourra faire l'enfouissement du moignon appendiculaire au moyen du surjet en bourse. Il faudra alors recouvrir le moignon d'une gaine préputiale séreuse.

Après ligature du méso, la séreuse appendiculaire sera incisée circulairement à environ 1 centimètre de la base du vermium, puis décollée par refoulement au moyen d'une compresse. La région ainsi décor-tiquée de l'appendice recevra très bas le fil de ligature qui sera ensuite sectionné au thermocautère. La

gaine préputiale sera ramenée avec deux fines pinces à disséquer au-dessus du moignon et fermée par un brin de catgut 00.

Dans certains cas on ne peut faire ni surjet en bourse, ni gaine préputiale; on tâchera alors de recouvrir le moignon au moyen d'un lobule graisseux.

Il convient de pratiquer très soigneusement la section au thermocautère de l'appendice, afin d'éviter la projection de parcelles de son contenu dans la plaie. Une hernie ne *doit* pas suppurer. La base de l'appendice étant entourée de compresses humides, l'appendice tendu entre la ligature à la base et une pince placée à 1 centimètre en aval de cette ligature est tout d'abord transfixée lentement par le thermocautère qui ouvre ainsi la cavité appendiculaire et la cautérise. Ce n'est qu'ensuite que les bords seront sectionnés, car à ce moment se produit un ressaut qui, sans les précautions prises, projetterait des parcelles septiques dans le champ opératoire.

SEPTIÈME TEMPS : fermeture et résection du sac.

HUITIÈME TEMPS : *Reconstitution de la paroi inguinale.* — Nous reconstituons le plus souvent la paroi en deux plans antefuniculaires (Procédé de Forgue). Un premier plan est formé par la suture du tendon conjoint à l'arcade crurale, le second plan réunit les deux bords de la section de l'aponévrose du grand oblique.

Chez l'enfant et chez les adultes bien musclés nous

employons pour les sutures du catgut n° 1 ou 2 ; chez les sujets à mauvaise paroi, nous suturons en 1 ou 2 plans l'arcade crurale au tendon conjoint au moyen de doubles crins de Florence perdus dans les tissus. Il convient alors de faire un nœud droit de chirurgien, puis un troisième nœud d'appui et de sectionner les brins au ras du nœud.

L'hémostase est faite soigneusement.

La suture cutanée sera faite au moyen d'agrafes de Michel.

Un pansement aseptique est appliqué.

VI. — Soins consécutifs

Pendant vingt-quatre heures, le malade est maintenu à la diète absolue, et si des vomissements se produisent, la diète absolue sans aucun liquide est prolongée.

L'absorption de liquide, eau d'abord, lait ensuite, n'est permise que progressivement et par très petite quantité jusqu'au troisième jour.

Le malade est purgé au cinquième jour et à partir de ce jour on alimentera le malade normalement.

Il est inutile de toucher au pansement avant le septième jour, auquel on enlèvera les agrafes.

Le malade peut se lever du douzième au quatorzième jour.

VI

L'appendicectomie au cours de l'orchidopexie pour ectopie testiculaire avec hernie inguinale du côté droit (Brun)

Cette technique souvent employée par notre ami, M. le D^r Brun, chez l'enfant, diffère peu de la précédente dont-elle n'est qu'une variante.

C'est après dissection de tous les éléments du cordon spermatique que l'on recherche le sac et que l'on pratique l'appendicectomie à travers l'anneau inguinal profond.

Nous avons, avec Brun, pratiqué cette intervention chez 7 enfants avec la plus grande facilité (obs. XXXIV à XL).

VII

L'appendicectomie dans la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale (Desmarets) (5)

Cette technique décrite par Desmarets (5) en 1912 n'a jamais été employée par nous. Nous la résumerons cependant ici : 1° On incise la peau et le tissu cellulaire parallèlement à l'arcade crurale, chez la femme, en se portant un peu obliquement en haut et en dehors, chez l'homme. On divise l'aponévrose du grand oblique et, les muscles petit oblique et transverse étant réclinés, on incise ou on dissocie le fascia transversalis et le tissu graisseux sous-péritonéal.

Le péritoine est ouvert et, s'il y a lieu, l'intestin ou l'épiploon sont réduits ;

2° Plaçant alors les grandes branches de deux écarteurs en S, on obtient un large accès sur la cavité abdominale ; le cæcum est attiré hors du ventre, le plus souvent avec une grande facilité. A sa suite, l'appendice, libre et mobile, se laisse extérioriser et on l'enlève par la technique ordinairement employée ;

3° L'appendice enlevé et le cæcum réduit, on ferme au catgut la large brèche péritonéale et on résèque le sac herniaire. Puis l'anneau crural est fermé par trois ou quatre fils de soie ou de catgut passés à travers la partie profonde de l'arcade crurale, le ligament de Cooper et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Les fils une fois serrés, l'anneau crural se trouve complètement fermé en même temps que la paroi postérieure du canal inguinal est renforcée par l'abaissement du rideau musculaire que forment les muscles petit oblique et transverse (tendon conjoint). On termine par la suture de l'aponevrose du grand oblique et des plans superficiels.

Ici, comme dans la hernie inguinale, on peut rencontrer des difficultés dues, soit à la situation haute du cæcum et de l'appendice, soit à ce que le cæcum et l'appendice sont fixés par l'existence de lésions inflammatoires anciennes. Dans ces cas, l'ablation de l'appendice par le sac n'est plus possible, il faut alors recourir au procédé indiqué par M. Gosset : c'est-à-dire prolonger l'incision cutanée et, par une dissection musculaire faite en bonne place, aussi haute

que possible, ouvrir la cavité péritonéale pour pratiquer une appendicectomie par le procédé de Mac Burney. L'appendice enlevé, la brèche péritonéale est fermée, quelques fils sont placés sur les muscles et on achève la cure radicale de la hernie.

Addendum

Appendicectomie par dissociation

(Gosset) (8)

Lorsqu'il est impossible d'attirer le cæcum et l'appendice à travers l'anneau inguinal profond dans la cure de la hernie oblique externe, ou à travers l'incision inguinale dans la cure de la hernie crurale par voie haute ; il convient, si l'on veut enlever à tout prix l'appendice d'aller faire une dissociation haute à la Mac Burney, pour que l'appendicectomie soit possible.

Technique (Gosset). — « On abandonne momentanément la cure de la hernie avant toute résection du sac. »

« On décolle largement les deux lèvres du grand oblique des muscles sous-jacents et si l'incision cutanée est trop courte on la prolonge par en haut de 2 à 3 centimètres. Alors, le plus haut possible, on procède à la section transversale du petit oblique et transverse ou mieux à la dissociation. Il n'y a aucun organe à léser : les nerfs abdomino-génitaux sont trop en bas et en dehors, l'artère épigastrique trop

en bas et en dedans, pour qu'on puisse les atteindre. Inciser le P. O. à la jonction des fibres musculaires et des fibres tendineuses ; en ce point la couche formée par les deux muscles P. O. et Tr. est mince et surtout le péritoine pariétal est adhérent. Si vous incisiez en dehors, vous verriez devant le bistouri, fuir un péritoine mobile, déjà réfléchi, plutôt que les muscles et doublé d'un couche graisseuse. En dedans au contraire, couche musculo-tendineuse mince, péritoine adhérent, tout est bien disposé pour qu'un coup de bistouri permette de tomber dans la cavité péritonéale. Mettez alors un écarteur et vous vous trouvez dans les mêmes conditions que dans l'appendicectomie par le procédé de Mac Burney, avec une incision un peu basse située. » « Une fois l'appendice enlevé il ne reste plus qu'à fermer l'incision de la paroi, à réséquer le sac, et à reconstituer la paroi inguinale. » « La fermeture de la paroi au niveau de la dissociation à la Mac Burney, se fera avec quelques points séparés prenant le P. O., le Tr. et le péritoine. »

« Dès que se trouve obturée la brèche à travers laquelle l'appendice a pu être enlevé, le chirurgien se trouve ramené au cas banal, d'une hernie inguinale, avec un sac à réséquer et une paroi à reconstituer. *Fait important à noter :* dans la réfection de la paroi profonde du canal inguinal suivant le procédé de Bassini, on sait qu'un temps très important consiste dans la libération et l'abaissement du tendon conjoint. Cet abaissement est, il faut le recon-

naître, moins aisé après la dissociation à la Mac Burney, et c'est là un reproche que l'on est autorisé à adresser à la méthode. Aussi, au lieu de faire un « Bassini » type, je crois qu'il est préférable de reconstituer deux plans, non pas l'un en arrière, l'autre en avant du cordon, mais de les mettre tous deux en avant (procédé de Forgue), ou tous deux en arrière du cordon (procédé de Halstedt) ».

Résultats

Nombre d'observations :

Appendicectomie possible.....	42 cas
Appendicectomie impossible.....	12 cas

A. — Appendices enlevés (42 cas).

Situation anatomique :

a) Appendice herniaire crural.....	1 cas
b) Appendice herniaire inguinal.....	4 cas
c) Appendice pelvien.....	24 cas
d) Appendice interne (iléo-cæcal).....	8 cas
e) Appendice rétro-cæcal.....	5 cas

Etat de l'appendice enlevé :

a) Appendice renfermant 1 coprolithe....	3 cas
b) Appendice malade (long, congestionné, rouge, turgescant).....	3 cas
c) Appendice scléreux, atrophié.....	1 cas
d) Appendice d'apparence saine.....	35 cas

Intervention :

a) Appendicectomie :

α) Facile.....	38 cas
β) Difficile.....	4 cas

b) Enfouissement du moignon appendiculaire.

α) Par surjet en bourse.....	35 fois
β) Par prépuce séreux.....	2 fois
γ) Pas d'enfouissement.....	5 fois

B. — Appendices non enlevés (12 cas.

Cæcum :

a) Cæcum mobile.....	1 cas
b) Cæcum fixe.....	5 cas
c) Cæcum inaccessible.....	5 cas
d) Angle iléo-cæcal fixe.....	1 cas

Appendice :

a) Appendice inaccessible.....	10 cas
b) Appendice rétro-cæcal sous-séreux....	2 cas

Gêne due à l'intestin grêle et à l'épiploon :

a) Epiploon et intestin.....	1 fois
b) Epiploon	4 fois
c) Intestin.....	1 fois

OBSERVATIONS

A

Hernie inguinale droite de l'appendice

OBSERVATION I (Brun)

Hernie inguinale droite étranglée. — Appendice herniaire. — Appendicectomie

Enfant B... Maurice, deux mois. Entré le 27 juillet 1916. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (n° 63, 1916).

Présente un étranglement herniaire droit (hernie inguinale) datant de trois jours, accompagné de vomissements ; cependant l'enfant a eu une selle diarrhéique. Température : 37°2.

Opération le 27 juillet 1916. — A l'ouverture du sac, on trouve un appendice qui est enlevé au thermocautère sans enfouissement. Fermeture du sac au catgut. Paroi en un seul plan.

Suites. — Après une ascension à 40°5, le lendemain de l'opération, l'enfant guérit et sort au dixième jour.

OBSERVATION II (Brun)

Hernie inguinale droite. — Appendice herniaire. — Appendicectomie

Enfant R... Henri, onze ans. Entré le 16 juin 1916. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (n° 33, 1916).

Présente une hernie inguinale droite douloureuse.

Opération le 21 juin. — Anesthésie chloroformique. A l'ouverture du sac un peu de liquide s'échappe et dans sa partie toute supérieure on aperçoit l'extrémité inférieure de l'appendice qui obstrue l'orifice inguinal profond. L'appendice saisi avec un champ est facilement amené et enlevé au thermo. Pas d'enfouissement. Paroi en deux plans. Agrafe.

Guérison. L'enfant sort le 27 juin 1916.

OBSERVATION III (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendice herniaire. — Appendicectomie

M... R... François, sapeur au N° groupe d'aviation, quarante et un ans.

Entré le 2 mai 1918. Pavillon Rieffel (n° VI-7).

Présente une hernie inguinale droite du volume d'un œuf.

Opération le 5 juin 1918. — Anesthésie à l'éther. Incision haute commençant à un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure et se terminant à la racine du scrotum.

Le sac facile à isoler des éléments du cordon est ouvert. Au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, on aperçoit l'appendice, qui, sur une longueur de 2 centimètres, plonge dans le sac. L'appendice est très facilement attiré. Il est gros, très long (12 centimètres). Le cæcum, bas situé, est peu mobile.

Appendicectomie au thermocautère. L'enfouissement du moignon par un surjet en bourse à la soie est assez difficile à exécuter car le cæcum ne peut être amené. En écartant l'an.

neau inguinal profond, on y arrive cependant. Fermeture et résection du sac. Paroi en deux plans antéfuniculaires.

Agrafes sur la peau.

Suites opératoires, normales. Cicatrisation par première intention.

OBSERVATION IV (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendice intra-herniaire. — Appendicectomie

Mme D..., soixante-sept ans. Entrée le 1^{er} juillet 1917. Pavillon Rieffel, salle de gynécologie (n° 5902 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite très douloureuse du volume d'un œuf de poule.

Opération le 3 juillet 1917. — Le sac herniaire étant ouvert on trouve à l'intérieur l'appendice vermitorme, long, congestionné, renflé à son extrémité, et légèrement adhérent au sac par sa pointe.

Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement par un surjet en bourse à la soie.

Cure radicale de la hernie en deux plans au catgut.

Agrafes.

Anesthésie au chloroforme.

Guérison sans incidents. Sortie le 15 juillet 1917.

B

**Appendicectomie
au cours de la cure radicale
des hernies inguinales droites**

OBSERVATION V (Brun et Haridi)

Hernie inguinale droite. — Cæcum mobile. — Appendicectomie.

Enfant P... Marie. Entrée le 5 mars 1918 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (n° 57, 1918).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 13 mars 1918. — Incision haute. Petit sac herniaire facilement décollable. Cæcum facilement extériorisable.

Appendice *rétro-cæcal*. Appendicectomie au thermocautère sans enfouissement du moignon.

Cure radicale de la hernie en deux plans. Agrafes.

Guérison.

OBSERVATION VI (Brun)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie.

Enfant P... Raymonde, fillette de quatre ans et demi. Entrée le 11 décembre 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 369, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 14 décembre 1917. — Incision haute. On trouve, dans le sac, des anses grêles qui sont refoulées en haut et en dedans. L'anneau inguinal est agrandi par un

écarteur de Farabeuf. On voit ainsi la pointe de l'appendice qui, pris dans une pince en cœur, est amené et enlevé.

Appendicectomie au thermo, sans enfouissement.

Paroi en deux plans. Agrafes.

Guérison.

OBSERVATION VII (Brun et Tissot)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile.

Enfant L... Raymonde, onze ans et demi. Entre le 11 septembre 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 266, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 14 septembre 1917. — A travers l'ouverture du sac, on attire très facilement l'appendice, *long, turgescent*, un peu rouge. Appendicectomie au thermo. Il n'est pas possible d'enfouir le moignon appendiculaire.

Paroi en deux plans au catgut. Agrafes.

Anesthésie à l'éther.

Guérison.

OBSERVATION VIII (Brun)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile.

Enfant G... André, huit ans. Entre le 9 novembre 1916 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 237, 1916).

Présente une hernie inguinale bilatérale.

Opération le 11 novembre 1916.

A droite : Incision haute ; le sac est disséqué facilement ; il est très large. A travers l'ouverture du sac, *on attire facilement le cæcum, puis l'appendice*. Celui-ci est légèrement

congestionné. Ligature du méso et de l'appendice au catgut 1.
Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement du moignon par un surjet en bourse. Paroi en deux plans antéfunéculaires.

A gauche : paroi faible. Reconstitution de la paroi.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

OBSERVATION IX (Brun et Mlle Salinas)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile.

Enfant C... Marcel, onze ans et demi. Entré le 25 juin 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet, n° 166, 1917).

Présente une hernie droite.

Opération le 28 juin 1917. — Incision haute. Petite hernie oblique externe. A l'ouverture du sac, on voit le cæcum. *L'appendice est facilement amené.* Appendicectomie au thermo.

L'enfouissement du moignon est mauvais : On essaie de le recouvrir d'un prépuce séreux sans y réussir.

Paroi en deux plans antifuniculaires. Agrafes.

Anesthésie au chloroforme.

Guérison.

OBSERVATION X (Brun et Mlle Salinas)

Hernie inguinale droite. Appendicectomie très facile

Enfant G. F..., six ans. Entré le 7 juillet 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet, n° 194, 1917).

Présente : une petite hernie inguinale droite.

Opération : 17 juillet 1917. — Incision haute. A l'ouver-

ture du sac, en soulevant avec un écarteur de Farabeuf, l'anneau inguinal, et on aperçoit le cæcum. Appendice très facilement extériorisé. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement en bourse. Paroi en 2 plans antéfuniculaires.

Agrafes. Durée : 14 minutes.

Anesthésie au chloroforme.

Guérison.

OBSERVATION XI (Peuret et Brun)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie

Enfant H. M..., dix ans. Entré le 11 août 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet, n° 232, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 17 août 1917. — Incision haute. Sac facile à disséquer et ouvert. A travers l'ouverture, on introduit un écarteur de Farabeuf, qui tire en haut l'angle supérieur de la plaie. Une pince refoule l'épiploon qui tend à sortir. Le cæcum est amené, l'appendice en position interne amené et enlevé au thermo. Enfouissement du moignon en bourse. Résection du sac. Paroi en deux plans antéfuniculaires.

Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendice calculeux. — Cæcum mobile. — Appendicectomie facile.

Enfant N. D..., six ans et demi. Entre le 23 avril 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet, n° 247, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 25 août 1917. — Incision haute. Dissection et ouverture du sac. Le cæcum est facilement abaissé. L'appendice, long, très gros, violacé, contient un *calcul stercoral* du volume d'un haricot. Appendicectomie au thermo-cautère. Enfouissement en bourse.

Cure radicale de la hernie en 2 plans préfuniculaires.

Agrafes.

Anesthésie à l'éther.

Guérison rapide.

OBSERVATION XIII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Cæcum et appendice mobiles.

Appendicectomie facile

Enfant J. B..., huit ans. Entré le 31 août 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 283, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 21 septembre 1917. — Incision haute. A l'ouverture du sac, on aperçoit le cæcum et l'appendice, mobiles. On amène l'appendice. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement du moignon par un surjet en bourse à la soie.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires.

Agrafes. Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XIV (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Cæcum mobile. — Appendice pelvien facilement enlevé.

Enfant C. D..., trois ans et demi. Entré le 25 septembre 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 293, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 28 septembre 1917. — Incision haute. A travers le sac ouvert, l'anneau inguinal profond étant élargi par l'écarteur de Farabeuf, on attire très facilement cæcum et appendice, ce dernier en situation pelvienne. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement du moignon en bourse. Paroi en 2 plans antéfuniculaires. Agrafes. Anesthésie à l'éther.

Guérison.

OBSERVATION XV (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie très facile.

Enfant E. M..., sept ans. Entré le 1^{er} octobre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 306, 1917).

Présente une petite hernie inguinale droite.

Opération le 3 octobre 1917 — Incision haute. Une fois le sac ouvert, l'appendice interne est immédiatement découvert et réséqué par la méthode habituelle. Appendicectomie très simple. Enfouissement en bourse. Paroi en 2 plans. Agrafes.

Anesthésie au chloroforme.

Guérison.

OBSERVATION XVI (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie

Enfant M... Roger, dix ans. Entre le 29 octobre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (N° 322, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 31 octobre 1917. — Incision haute. Après

ouverture du sac, appendicectomie très facile, selon la technique habituelle. Paroi en deux plans. Agrafes.

Guérison.

OBSERVATION XVII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie

Enfant T... Charles, sept ans. Entre le 29 octobre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (N° 325, 1917). Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 2 novembre 1917. — Incision haute. A travers le sac, le cæcum est facilement atteint. Appendice en situation inférieure libre. Appendicectomie facile. Enfouissement en surjet. Paroi en deux plans. Agrafes.

Guérison.

OBSERVATION XVIII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile

Enfant V... Henry, treize ans. Entré le 29 octobre 1907. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (N° 326, 1917). Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 2 novembre 1917. — Incision haute. Après ouverture du sac, le cæcum apparaît. Appendice en situation pelvienne. Appendicectomie avec enfouissement du moignon. Paroi en deux plans. Agrafes.

Guérison. Sortie le quinzième jour.

OBSERVATION XIX (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile

Enfant R... Jean, dix ans et demi. Entré le 30 octobre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet (N° 327, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Oération le 2 novembre 1917. — Incision haute. A travers l'ouverture du sac, on attire le cæcum très mobile : Appendice libre en situation interne. Appendicectomie au thermo. Enfouissement. Paroi en deux plans. Agrafes.

Guérison. Sortie le quinzième jour.

OBSERVATION XX (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicite facile

Enfant B... Roger, quatre ans. Entré le 15 novembre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet (N° 354, 1917).

Présente une volumineuse hernie inguinale droite.

Opération le 24 novembre 1917. — Incision haute. Le sac, volumineux contient une grosse quantité d'épiploon, que l'on refoule avec une compresse chargée sur une pince longuette. Un écarteur de Farabeuf attire la paroi en haut. Le cæcum est, alors, facilement aperçu et extériorisé. L'appendice, pelvien, long, est réséqué. Enfouissement du moignon. Paroi en deux plans antéfuniculaires. Agrafes.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires excellentes. Guérison en quatorze jours.

OBSERVATION XXI (Brun et Chaize)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie facile.

Enfant B... Henry, dix ans. Entré le 30 avril 1918. Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet (N° 96, 1918).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 2 mai 1918. — Incision haute. Le sac est en dedans, facilement disséqué. A l'ouverture, un écarteur

introduit dans l'anneau inguinal interne permet de percevoir le cæcum. L'appendice facilement extériorisé est gros et renferme un gros *calcul stercoral*. Appendicectomie au thermocautère. Le moignon est recouvert d'un *prépuce* péritonéal disséqué et rabattu.

Cure radicale en trois plans, tous en avant du cordon. Les plans profonds avec du catgut. Agrafes sur la peau.

Guérison.

OBSERVATION XXII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale double. — Appendice. — Cæcum mobile. — Appendicectomie facile.

M. G... Auguste, soldat à la section de C. O. A, quarante-cinq ans.

Entré le 15 octobre 1917, Pavillon Rieffel (N° V, 156).

Présente une hernie inguinale double.

Opération le 17 octobre 1917. — A droite : incision haute. Après ouverture du sac, on aperçoit le cæcum. L'appendice libre, en position interne est facilement amené et enlevé. Enfouissement du moignon en bourse. Paroi en deux plans antéfuniculaires. Agrafes.

A gauche : Cure radiale d'une hernie oblique externe. *Suites opératoires* excellentes. Cicatrisation par première intention.

OBSERVATION XXIII (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Cæcum bas-situé. — Appendicectomie facile

Mme S... trente ans. Entrée le 1^{er} mai 1917. Pavillon Rieffel. Salle de gynécologie (N° 5788 du registre d'opérations).

Présente : une hernie inguinale droite du volume d'une noix.

Opération le 4 mai 1917. — Incision suivant le trajet du canal. Le sac est déshabité. Après ouverture du sac, on atteint très facilement le cæcum ; l'appendice s'extériorise facilement. Ligature du méso et de l'appendice. *Appendicectomy* au thermocautère. Enfouissement du moignon par un surjet à la soie.

Cure de la hernie : Refection de la paroi en deux plans au catgut. Agrafes.

Suites opératoires normales. Sortie le 20 mai 1917.

OBSERVATION XXIV (Brun et Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendice en situation interne. — Appendicectomy facile.

M. P..., vingt-neuf ans, entré le 5 août 1917. Pavillon Riefel. Salle Albarran (n° 5.992 du registre d'opérations).

Présente une petite hernie inguinale droite, oblique externe. Anneaux inguinaux larges.

Opération le 10 août 1917. — Incision haute ; le sac herniaire peu volumineux est séparé sans difficulté des éléments du cordon.

A travers le sac ouvert, et l'anneau inguinal profond, l'angle supérieur de la plaie étant tiré en haut par un écarteur de Farabeuf, on aperçoit le cæcum.

Celui-ci est facilement extériorisé, de même que l'appendice, long, situé en *position interne*.

Ligature du méso et de l'appendice au catgut n° 1. *Appendicectomy* au thermocautère. Enfouissement en bourse.

Ligature et résection du sac herniaire.

Réfection de la paroi inguinale en deux plans pré-funiculaires, au catgut. Agrafes sur la peau. Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Sans accident, le malade se lève au douzième jour, sorti le 25 août 1917.

OBSERVATION XXV (Brun et Peuret)

Hernie inguinale double.

Cæcum mobile. — Appendicectomie facile

Mme C... C..., trente ans. Entrée le 21 août 1917 (Pavillon Rieffel, salle de gynécologie (n° 6.027 du registre).

Présente une double hernie inguinale.

Opération le 27 août 1917. — A droite : une fois le sac ouvert le cæcum apparaît, l'appendice en situation normale pelvienne, est très facilement amené. Ligature du méso et de l'appendice au catgut. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement par un surjet en bourse à la soie.

Cure radicale par deux plans au catgut.

A gauche : Cure radicale par la même technique. Guérison sans incidents. Sortie le 12 septembre 1907.

OBSERVATION XXVI (Peuret et Paulin)

Hernie inguinale droite. —

Appendice pelvien. — Appendice facile.

M. L..., quarante-huit ans. Entré le 3 janvier 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6.360 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite, interstitielle, du volume d'un œuf. Très mauvaise paroi abdominale.

Opération le 7 janvier 1918. — Incision haute. Le sac facilement libéré est ouvert ; il ne contient que de l'épiloön.

Le cæcum est attiré sans difficulté : *l'appendice* en situation normale dirigé vers le pelvis est enlevé au thermo, après ligature au catgut du méso, et de sa base. Le moignon est enfoncé par un point de soie fine en bourse.

Ligature et résection du sac herniaire.

Réfection de la paroi en un seul plan, aux crins de Florence doubles. Agrafes sur la peau.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Lever au douzième jour. Sortie le quatorzième.

OBSERVATION XXVII (Peuret et Brun)

Hernie inguinale double. —

Appendice rétro-cæcal. — Appendicectomie assez difficile

M. P..., cinquante-cinq ans. Entré le 12 janvier 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6.396 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale double.

Opération le 18 janvier 1918 :

1° A droite : Il s'agit plutôt d'une éventration de la région inguinale. Le plan musculo-aponévrotique est très faible.

Le sac, ouvert, contient de l'épiloön.

L'épiloön étant refoulé au moyen d'une longue pince, on aperçoit, grâce à la mise en place d'un écarteur de Farabeuf dans l'angle supérieur de la plaie, le cæcum. *L'appendice rétro-cæcal*, est assez facilement extériorisé et réséqué suivant la technique habituelle. Le moignon est enfoui par un point en bourse à la soie.

Réfection de la paroi en un plan profond antéfuniculaire aux crins de Florence doubles et un plan superficiel au catgut, agrafes sur la peau.

2° A gauche : cure radicale d'une hernie inguino-scrotale.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Lever au quatorzième jour.

Sorti le 5 février 1918.

OBSERVATION XXVIII (Peuret et Bruh)

Hernie inguinale double. —

Appendice dirigé en dedans. — Appendicectomie facile

M. S..., quarante-cinq ans. Entré le 20 janvier 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6.414 du registre d'opérations).

Présente une double hernie inguinale, variété oblique externe.

Opération le 25 janvier 1918 :

1° A droite : Incision haute. Le sac contient de l'épiploon. A travers l'orifice profond élargi par traction d'un écarteur de Farabeuf, le cæcum est appréhendé facilement. *L'appendice*, en position interne, petit, court, atrophié, scléreux est enlevé : ligature du méso et de l'appendice avec le même catgut. Section au thermocautère. Enfouissement du moignon à la soie.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut. Agrafes sur la peau.

2° A gauche : Cure radicale de la hernie oblique externe.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Sorti au treizième jour.

OBSERVATION XXIX (Peuret et Brun)

Hernie inguinale droite

Appendice dirigé en dedans. — Appendicectomie assez difficile

M. G..., cinquante-sept ans. Entré le 15 janvier. Pavillon Rieffel, salle Albarran, n° 3 (N° 6413 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite, ancienne, mais acquise.

Opération le 25 janvier 1918. — Incision haute : sac épais non adhérent, isolé sans difficulté des éléments du cordon, et ouvert ; il ne contient que de l'épiploon. On doit refouler ce dernier avec une compresse pour pouvoir appréhender le cæcum. *L'appendice en situation interne* vient facilement. *Appendicectomie* au thermocautère. Enfouissement du moignon.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut ; agrafes sur la peau.

Anesthésie au chloroforme,

Suites opératoires. — Normales. Levé le douzième jour. Sort le quatorzième.

OBSERVATION XXX (Peuret et Tissot)

Hernie inguinale double

Appendice en situation interne. — Appendicectomie facile

M. A..., quarante-huit ans. Entré le 23 janvier 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran n° 8 (N° 6419 du registre d'opérations).

Présente une éventration bilatérale des régions ingui-

nales, avec à droite, un sac herniaire oblique externe, interstitiel.

Opération le 26 janvier 1918 :

1° A droite : incision haute ; il existe un sac facilement isolé et ouvert ; il ne contient que de l'épiploon.

Le cæcum est très facilement atteint à travers l'anneau.

L'appendice en position interne est long. Ligature du méso et de l'appendice avec du catgut n° 1. Section au thermocautère. Enfouissement du moignon à la soie fine (n° 0).

Réfection de la paroi en un seul plan autéfuniculaire aux doubles crins de Florence, agrafes sur la peau.

2° A gauche : cure radicale de l'éventration.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Lever au dix-septième jour. Sorti le 21 février 1918.

[[OBSERVATION XXXI (Peuret)

Hernie inguinale droite. — Appendicectomie très facile

Mme R. F..., trente-neuf ans. — Entrée le 10 mars 1918. Pavillon Rieffel, salle de gynécologie (n° 6509 du registre d'opérations).

Opération le 16 mars 1918. — Après ouverture du sac, qui est à ce moment vide, l'appendice apparaît par la pointe au niveau de l'orifice profond du canal inguinal.

Pris dans une pince en cœur, il est extériorisé très facilement. *Appendicectomie* au thermocautère après ligature du méso et de l'appendice. Enfouissement du moignon par un surjet à la soie fine.

Paroi en deux plans au catgut.

Suites opératoires. — Excellentes. Sortie le 30 mars 1918.

OBSERVATION XXXII (Peuret et Brun).

Hernie inguinale droite

Appendice rétro-cæcal, sous-séreux. — Appendicectomie difficile

M. J... quarante ans. Entré le 17 avril 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6599 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale oblique externe, interstitielle, du côté droit. La hernie a le volume d'un œuf de pigeon.

Opération le 19 avril 1916. — Incision haute ; petit sac situé tout à fait en haut et en dehors.

Le sac étant ouvert par un écarteur de Farabeuf, on aperçoit le cæcum, assez mobile pour être amené à la plaie opératoire et basculé. On peut alors voir et saisir l'appendice, rétro-cæcal, très long (il mesure 12 centimètres.) sans méso, sous-séreux. *Appendicectomie* sous-séreuse, ligature à la base, section au thermocautère ; hémostase assez délicate. Enfouissement du moignon à la soie fine.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut n° 2. Agrafes sur la peau.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Sorti le quatorzième jour.

OBSERVATION XXXIII (Peuret et Ferrier)

Hernie inguinale droite

Appendice rétro-cæcal. — Appendicectomie assez difficile

Mohamed ben A... Entré le 18 mai 1917. Pavillon Rieffel, salle Albarran (lit n° 10) (n° 6673 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite, variété oblique

externe, inguino-scrotale, du volume du poing. Ils'agit d'une entérocele très douloureuse.

Opération le 22 mai 1918. — Incision haute. Sac épais, mais facile à isoler des éléments du cordon. Le sac étant ouvert, l'angle supérieur de la plaie étant élargi par un écarteur de Farabeuf, on pénètre très facilement dans la grande cavité péritonéale. Le cæcum est assez facilement attiré au dehors ; l'*appendice*, rétro-cæcal à méso court, s'extériorise aussitôt. Il est de dimensions normales.

Ligature du méso et de l'*appendice* au catgut ; section au thermocautère. Enfouissement par un prépuce séreux.

Réfection de la paroi par deux plans antéfuniculaires, au catgut n° 2. Agrafes sur la peau. Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires. — Guérison. Sortie le 2 juin 1918.

Aucune complication, bien que ce malade, fort indiscipliné, se soit levé le second jour, pendant deux heures.

OBSERVATION XXXIV. (Peuret et Brun)

Hernie inguinale droite. — Appendice pelvien
Cæcum fixe. — Appendicectomie

Enfant P... Jean, quinze ans. Entré le 19 juin 1918, salle Albarran, n° 25. Papillon Rieffel (n° 6720 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération : 20 juin 1918. — Il s'agit d'une hernie inguinale oblique externe vagino-péritonéale.

A l'ouverture du sac, on aperçoit, après rétraction du tendon conjoint avec l'écarteur de Farabeuf, la pointe de l'*appendice* qui est facilement amené ; le cæcum est peu

mobile, ce qui gêne un peu la mise en place du surjet à la soie destiné à l'enfouissement du moignon.

Appendicectomie au thermo. Enfouissement. Cure radicale de la hernie par suture du sac et paroi en deux plans antéfuniculaires.

Anesthésie chloroformique.

Guérison sans incidents. Lever au douzième jour.

C. — Appendicectomie au cours de l'orchidopexie et de la cure radicale de hernie inguinale du côté droit.

OBSERVATION XXXV (Brun et Peuret)

*Hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire
Appendicectomie facile. — Orchidopexie*

Enfant B... Armand, cinq ans et demi. Entré le 19 juillet 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 197, 1917).

Présente une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire du même côté; le testicule se trouve dans le trajet inguinal.

Opération : 21 juillet 1917. — Incision haute. Dissection des éléments du cordon et abaissement du testicule. Il existe une petite hernie inguinale; le sac herniaire étant ouvert, on arrive de suite sur le cæcum qui est très facilement extériorisé. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement en bourse.

Parois en deux plans antéfuniculaires. Agrafes.

Anesthésie au chloroforme.

Guérison : sans incidents.

OBSERVATION XXXVI (Brun et Peuret)

Ectopie testiculaire bilatérale. — Hernie inguinale droite
Orchidopexie. — Appendicectomie facile

Enfant P... Daniel, trois ans et demi. Entre le 24 août 1917.
(Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 246, 1917).

Présente une double ectopie testiculaire ; les deux testicules sont retenus au niveau de l'anneau superficiel du canal inguinal. Il existe, en outre à droite, une petite hernie.

Opération le 25 août 1917.

A gauche : le testicule est facilement abaissé et fixé.

A droite : difficulté plus grande. On profite de la coexistence de la pointe de hernie pour tenter l'appendicectomie. Le cæcum, visible au fond de la plaie, très mobile est facilement amené.

L'appendice est enlevé au thermocautère, surjet en bourse enfouissant le moignon. Paroi en deux plans selon Bassini (Elément du cordon entre les deux plans). Agrafes sur la peau.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXXVII (Brun et Peuret)

Ectopie testiculaire et hernie inguinale droite. — Orchidopexie
Appendicectomie facile

Enfant M... Claude, huit ans. Entré le 11 septembre 1917
(Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 285, 1917).

Présente une ectopie testiculaire inguinale droite avec pointe de hernie.

Opération le 21 septembre 1917. — Incision haute. Après

dissection des éléments du cordon, on pratique à travers le sac de la hernie, l'ablation d'un appendice, situé en position pelvienne sur un cæcum mobile. Appendicectomie au thermo.

Orchidopexie. Suture de la paroi à la Bassini. Agrafes.

Anesthésie à l'éther.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXXVIII (Brun et Mlle Salinas)

*Ectopie testiculaire et hernie inguinale droite. — Orchidopexie
Appendicectomie*

Enfant B... André, sept ans et demi. Entré le 12 octobre 1917. Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 314, 1917).

Présente : une ectopie testiculaire droite avec pointe de hernie inguinale.

Opération le 15 octobre 1917. Incision haute. — Après dissection des éléments du cordon, le sac est ouvert. Le cæcum et l'appendice sont très facilement atteints. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement en bourse. Paroi en deux plans.

Guérison.

OBSERVATION XXXIX (Brun et Mlle Salinas).

*Ectopie testiculaire avec hernie inguinale droite. — Orchidopexie.
Ablation de l'appendice calculeux.*

Enfant C... Claude, sept ans. Entré le 12 novembre 1917. (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 334, 1917).

Présente une ectopie testiculaire droite. Variété inguinale externe avec une petite hernie inguinale du même côté.

Vives douleurs le long du cordon irradiant à la fosse iliaque droite.

Opération le 14 novembre 1917. — Incision haute. Après dissection des éléments du cordon, on ouvre le sac au fond duquel apparaît le cæcum. *L'appendice pelvien est facilement extériorisé* : il est renflé à son extrémité (qui contient un calcul stercoral), rouge, congestionné. Appendicectomie au thermocautère. Enfouissement en bourse.

Orchidopexie. Paroi à la Bassini. Agrafes.

Guérison. Sorti le quatorzième jour.

OBSERVATION XL (Brun et Peuret).

Hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire. — Cure radicale. — Orchidopexie. — Appendicectomie.

Enfant D... René, trois ans. Entré le 11 décembre 1917 (Annexe Grancher, service de M. le Dr Baudet, n° 372-1917).

Présente une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire au niveau du canal inguinal.

Opéré le 19 décembre 1917. Incision haute. Dissection des éléments du cordon. Abaissement du testicule. Un petit sac herniaire est ouvert. L'appendice est facilement attiré, il est en situation pelvienne. Appendicectomie, enfouissement. Paroi en deux plans avec orchidopexie.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XLVI (Brun et Chaize).

Hernie inguinale droite. — Ectopie testiculaire. — Cure radicale. — Orchidopexie. — Appendicectomie.

Enfant B... Maurice, douze ans. Entré le 17 avril 1918 (Annexe Grancher, service de M. le Dr Baudet, n° 89, 1918).

Présente une hernie droite avec utopie testiculaire.

Opération le 24 avril 1918. — Incision haute. Orchidopexie par le procédé habituel. Testicule assez difficile à descendre. Persistance du canal vagino-péritonéal. A l'aide d'un écarteur de Farabeuf, on agrandit l'orifice du canal inguinal. Le cæcum apparaît ; l'appendice est rétro-cæcal. Appendicectomie difficile au thermocautère sans enfouissement. Cure radicale de la hernie par le Bassini.

Guérison.

D

Appendicectomie impraticable.

OBSERVATION XLII (Brun et Peuret).

*Hernie inguinale droite. — Cæcum visible, mais fixe. —
Appendicectomie impossible.*

Enfant B .. Jean, six ans. Entré le 8 août 1917 (Annexe Grancher, service de M. le Dr Baudet, n° 221, 1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 10 août 1917. — Incision haute. Il existe une volumineuse hernie inguinale droite. A travers le sac, ouvert, on aperçoit le cæcum ; mais celui-ci est fixe et ne peut être abaissé. L'appendice n'est pas visible.

Résection du sac. Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires. Agrafes. Anesthésie au chloroforme.

Guérison.

OBSERVATION XLIII (Brun et Peuret).

*Hernie inguinale droite. — Cæcum inaccessible,
pas d'appendicectomie.*

Enfant M... Germaine, neuf ans. Entrée le 7 août 1917
(Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 233-1917).

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 17 août 1917. Le sac ouvert, contient de l'épiploon adhérent, dont on résèque la partie adhérente. Le cæcum ne peut être atteint. Paroi en deux plans au catgut.
Crins.

Guérison.

OBSERVATION XLIV (Brun et Mlle Salinas).

Hernie inguinale droite. — Appendice non trouvé.

Enfant C... Lucienne, sept ans et demi. Entrée le 18 décembre 1917 (Annexe Grancher. Service de M. le Dr Baudet, n° 373-1917).

Présente une petite hernie inguinale droite.

Opération le 19 décembre 1917. Incision haute. A travers le sac ouvert on tente, malgré la gêne apportée par l'épiploon, d'extérioriser l'appendice. On ne ramène que les annexes droites. On n'insiste pas. Cure radicale en deux plans. Agrafes. Chloroforme.

Guérison.

OBSERVATION XLV (Brun et Mlle Salinas)

Hernie inguinale droite. — Procidence de l'intestin grêle et de l'épiploon. — L'appendice ne peut être atteint.

Enfant B..., Jules, dix ans. Entre le 13 novembre 1917.
Annexe Grancher. Service du D^r Baudet (n° 345, 1917).

Présente une hernie inguinale.

Opération le 21 novembre 1917. — Une fois le sac de la hernie ouvert, il est impossible de refouler et le grêle et l'épiploon. Le malade pousse. Résection du sac.

Paroi en deux plans antéfuniculaires. Agrafes. Guérison.

OBSERVATION XLVI (Brun et Mlle Salinas)

Hernie inguinale droite. — Cæcum non aperçu. — Pas d'appendicectomie.

Enfant D... Louis, dix ans. Entre le 15 novembre 1917.
Annexe Grancher. Service de M. le D^r Baudet (n° 346, 1917.)

Présente une hernie inguinale droite.

Opération le 21 novembre 1917. — Après ouverture du sac, il est impossible de voir le cæcum, tant à cause de l'étroitesse de l'anneau profond, que de l'épiploon.

Suture de la paroi en deux plans antéfuniculaires. Agrafes.
Guérison.

OBSERVATION XLVII (Peuret et Brun)

Hernie inguinale droite. — Cæcum visible mais fixe. — Appendicectomie impossible.

M. D..., Georges, cinquante-sept ans. Entrée le 22 août 1917.
Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6026, du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite oblique externe, du volume du poing, ancienne et devenue peu à peu irréductible.

Opération le 27 août 1917. — Incision haute. Il s'agit d'une hernie épiploïque adhérente au sac. On résèque une partie de l'épiploon.

Le cæcum est aperçu au niveau de l'orifice inguinal profond, mais il est adhérent, fixé et ne peut être amené dans la plaie. L'appendice ne peut être découvert.

Ligature du sac à la base et résection.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut. Agrafes sur la peau. Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Le malade se lève au douzième jour et sort de l'hôpital le quatorzième.

OBSERVATION XLVIII (Peuret et Tissot.)

Hernie inguinale droite. — Cæcum fixe. — Epiploon procident. Appendicectomie impossible.

M. L..., vingt ans. Entré le 29 octobre 1917. Pavillon Riefel, salle Albarran, n° 6216 du registre d'opérations.

Présente une hernie inguino-scrotale droite, congénitale, du volume d'un œuf; et une pointe de hernie inguinale gauche.

Opération le 3 novembre 1917. — Incision haute. Il s'agit d'une hernie vagino-péritonéale. Les éléments du cordon, adhérents au sac, en sont difficilement séparés. Le sac herniaire ne contient que de l'épiploon.

Le cæcum, ni l'appendice ne peuvent être amenés à la plaie tant à cause de leur peu de mobilité que de la gêne apportée par la présence d'une abondante masse épiploïque.

Dissection de la partie supérieure du sac, ligature et résection. Création d'une cavité vaginale.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut. Agrafes sur la peau.

A gauche : cure radicale. Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires. — Normales.

OBSERVATION XLIX (Peuret et Brun)

*Hernie inguinale droite. — Cæcum fixe. —
Appendicectomy impossible.*

M. L..., cinquante-neuf ans. Entre le 16 novembre 1917. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6240 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguino-scrotale droite, du volume d'une orange.

Opération le 29 novembre 1917. — Incision haute. Le sac contient que de l'épiploon. Le cæcum ne peut être amené à l'orifice inguinal.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires au catgut. Agrafes. Anesthésie locale (novocaïne 10 o/o).

Suites opératoires. — Normales. Le malade sort le

OBSERVATION L (Peuret et Brun)

*Hernie inguinale droite. — Procidence de l'épiploon. —
Cæcum et appendice non atteints.*

M. H... cinquante-sept ans. Entre le 9 janvier 1918. Pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6370 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguino-scrotale droite, du volume d'un œuf, fort ancienne, et accompagnée d'une hydrocèle droite du même volume et de varicocèle.

Opération le 11 janvier 1918. — Incision haute. Le sac est assez difficilement isolé de la fibreuse commune et des éléments du cordon. On l'ouvre; il ne contient que de l'épiploon.

L'orifice inguinal profond est relativement peu large, l'épiploon est, à ce niveau, très abondant, le cæcum ne peut être amené à la paroi.

Réfection de la paroi inguinale en deux plans aux crins de Florence doubles.

Résection des veines variqueuses du cordon, Résection de la vaginale.

Crins sur la peau. Anesthésie au chloroforme.

Suites normales: sauf une légère poussée de congestion pulmonaire au huitième jour. Lever le seizième jour. Sorti guéri le 29 janvier 1918.

OBSERVATION LI (Peuret et Tissot)

Hernie inguinale droite. — Cæcum mobile. — Appendice rétro-cæcal sous-séreux, non extériorisable

M. A..., seize ans. Entré le 23 janvier 1918, pavillon Riefel, salle Albarran, n° 26 (n° 6426 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale droite, du volume d'un gros œuf.

Opération le 29 janvier 1918. — Incision haute. Sac assez difficile à isoler. Le cæcum est facilement amené à la plaie. Mais l'appendice en position rétro-cæcale, sous-séreux, sans méso, ne peut être extériorisé.

Réfection de la paroi antéfuniculaire au catgut 2.

Agrafes sur la peau. Anesthésie au chloroforme. Suites opératoires. Lever le quinzième jour. Sorti le 21 février 1918.

OBSERVATION LII (Peuret et Tissot)

Hernie inguinale droite. — Cæcum mobile. — Angle iléo-cæcal fixé. — Appendice non trouvé

M. R..., quarante-neuf ans. Entré le 14 février 1918, pavillon Rieffel, salle Albarran (n° 6467 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguinale oblique externe droite, avec large écartement des piliers inguinaux.

Opération le 20 février 1918. — Incision haute ; le sac est isolé facilement et ouvert. Il ne contient que de l'épiploon.

Le cæcum est attiré facilement au dehors, l'iléon aussi, mais l'angle iléo-cæcal est fixé et l'appendice ne peut être trouvé.

Réfection de la paroi en deux plans antéfuniculaires : le plan musculaire aux crins de Florence doubles.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires normales : le malade sort au quatorzième jour.

OBSERVATION LIII (Peuret et Tissot)

Hernie inguinale droite. — Cæcum fixe. — Appendice rétro-cæcal fixé

M. B..., cinquante-trois ans. Entré le 12 avril 1918, pavillon Rieffel, salle Albarran, lit n° 12 (n° 6601 du registre d'opérations).

Présente une hernie inguino-scrotale droite, apparue il y a un an.

Opération le 19 avril 1918. — Incision haute. Il s'agit d'une hernie vagino-péritonéale. A travers l'ouverture du

sac, le cæcum est aperçu ; mais il est absolument fixe et ne peut être amené, de même que l'angle iléo-cæcal en arrière duquel l'index sent le relief de l'appendice.

Cure radicale : résection du sac, création d'une cavité vaginale ; deux plans antéfuniculaires au catgut.

Anesthésie au chloroforme.

Suites opératoires excellentes. Lever au douzième jour. Sortie au quatorzième jour.

E. — Divers

OBSERVATION LIV (Brun et Peuret)

Appendice étranglé dans une hernie crurale. — Appendicectomie

Mme R..., cinquante-cinq ans. Entrée le 21 février 1918, pavillon Rieffel, salle de Gynécologie (n° 6485 du registre d'opérations).

Présente une hernie crurale droite étranglée. L'étranglement remonte à huit jours. Il y a eu des vomissements fécaloïdes. Arrêt des matières et des gaz. L'étranglement a été particulièrement douloureux.

Opération d'urgence le 21 février 1918. Incision verticale au niveau du canal crural.

Le sac contient un liquide brunâtre fétide et l'*appendice vermiciforme*, hernié, de couleur noirâtre, de consistance très friable, gros comme le petit doigt, et dont la pointe adhérente au sac est perforée.

Après débridement de l'anneau, on ligature le méso et l'appendice. *Appendicectomie* au thermocantère sans enfouissement.

Cure de la hernie crurale par un point au catgut unissant l'arcade affaissée à l'aponévrose pectinéale. •

Crins sur la peau. Drain. Anesthésie chloroformique.

Suites opératoires : cicatrisation après une légère suppuration. Sortie le vingtième jour.

OBSERVATION LV (Brun et Haridi)

Péritonite appendiculaire chez un enfant précédemment opéré de hernie inguinale droite

Enfant O... Jules, onze ans. Entré le 27 mai 1918, service de M. le Dr Baudet, n° 115, 1918.

Présente une péritonite appendiculaire. Il a été opéré il y a deux ans d'une hernie inguinale droite.

Opération d'urgence le 27 mai 1918. Appendicectomie. Evacuation d'une quantité considérable de pus. Drainage. Guérison.

OBSERVATION LVI (Brun et Peuret)

Péritonite appendiculaire chez un jeune homme précédemment opéré de hernie inguinale droite

L... Jules, dix-sept ans. Entré le 6 janvier 1917, pavillon Rieffel, salle Albarran, n° 17 (n° 5516 du registre d'opérations.)

Ce jeune homme opéré il y a deux ans d'une hernie inguinale droite, raconte que depuis déjà deux jours, à la suite d'un effort, est apparue une vive douleur dans la région inguinale droite, douleur suivie bientôt de vomissements. Il ajoute que ces troubles sont la conséquence d'une récurrence de sa hernie qui se serait étranglée d'emblée. Tel a d'ailleurs

été le diagnostic du médecin appelé, en ville, auprès de lui.

L'examen pratiqué à l'hôpital montre qu'il n'existe aucune tumeur herniaire, mais que le malade présente une péritonite suraiguë généralisée avec maximum des symptômes dans la fosse iliaque droite.

Opération d'urgence. — Incision iliaque externe. Dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine s'échappe du pus en grande quantité. L'appendice est gangrené perforé. Appendicectomie. Drainage.

Guérison en quinze jours.

CONCLUSIONS

1° La bénignité actuelle de certaines opérations autorise des opérations combinées qu'il eut été autrefois imprudent d'entreprendre. L'appendicectomie complémentaire pratiquée au cours de la cure radicale de la hernie inguinale droite et des interventions portant sur la région inguinale (orchidopexie, cure de la hernie crurale par voie inguinale), n'aggrave aucunement le pronostic de ces opérations.

2° De nombreuses constatations cliniques justifient l'appendicectomie systématique au cours des interventions portant sur l'abdomen. L'étude anatomique des rapports de l'appendice avec l'anneau inguinal profond montre qu'on peut espérer retirer l'appendice à travers cet anneau (Appendicectomie à travers le sac) dans près de 80 à/à des cas.

3° Nous avons pu extraire l'appendice par cette voie 41 fois sur 53 fois où nous l'avons systématiquement recherché, c'est-à-dire dans 77 à/à des cas (64 à/à chez l'adulte, 83 à/à chez l'enfant).

4° Dans les cas où il est impossible d'amener un c cum fixé ou un appendice incrusté, à travers

l'anneau inguinal, il y aura lieu, si l'on tient absolument à pratiquer l'appendicectomie de faire dans l'angle supérieur de la plaie une dissociation musculaire à la Mac Burney.

Vu le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse
LEJARS

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. *Alglave*. — Contribution à l'anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-cæcal de l'intestin de l'adulte (Bull. et Mém. de la Soc. Anat. Paris, 1907, février, p. 124).
2. *Bérard et Vignard*. — L'appendicite. Etude clinique et critique. Masson, Paris, 1914.
3. *Brun (G.)*. — Des avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës chez l'enfant. Thèse de Paris, 1918.
4. *Descomps (Pierre), Descomps (Paul) et Brousse (Pierre)*. — Les points douloureux abdominaux (Paris médical, 7 et 14 juin 1913).
5. *Desmarests*. — L'appendicectomie dans la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (Presse médicale, 23 novembre 1912, p. 984).
6. *Edebohls*. — The relations of movable Kidney and appendicitis to each other, and to the Practice of modern Gynaekology (Medical Record, mars 1899).
7. *Garau (J.)*. — Recherches sur la vérification des points de Mac Burney et de Lanz (Lyon Chirurgial, 1^{er} mai 1910, p. 488-497).
8. *Gosset*. — Appendicectomie et cure radicale de hernie inguinale (Journal de Chirurgie, t. V, n° 1, juillet 1910, p. 1 à 10).
9. *Kelly et Hurdon*. — Cités par Bérard et Vignard (2).
10. *Lafforgue*. — Recherches anatomiques et cliniques sur l'appendice vermiculaire du cæcum (Archives internationales d'Anatomie et de Physiologie, 1893).

11. *Lardennois et Okinezyck.* — Etude sur les hernies du gros intestin. Masson, Paris, 1910.
12. *Lechevallier.* — L'appendicectomie par voie lombaire. Thèse de Paris, 1912.
13. *Legueu.* — Développement et situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant (Bull. de la Soc. anat. Paris 1892, LXVII, p. 55).
14. — Appendicectomie lombaire (Presse médicale, 27 mai 1908, p. 343).
15. *Lejars.* — Points douloureux appendiculaires (Semaine médicale, 11 mars 1908, p. 123).
16. *Longuet* (de Rouen). — Cité par Bérard et Vignard (2).
17. *Mac Burney.* — On appendicitis (New-York Medical Journal, 21 décembre 1889, p. 678).
18. *Poirier (P.).* — Traité d'anatomie descriptive. Cæcum et appendice (article de Jonnesco).
19. *Potherat (E.).* — De l'utilité de l'appendicectomie préventive au cours des laparotomies (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 12 février 1918, t. XLIV, n° 5, p. 273).
20. *Siegel.* — Gazette des Hôpitaux, 14 novembre 1905.
21. *Testut.* — Traité d'anatomie descriptive.
22. *Testut et Jacob.* — Anatomie topographique.
23. *Tuffier et Jeanne.* — Etude anatomique sur l'appendice et la région iléo-cæcale (Revue de gynécologie, 1899).
24. *Villandre.* — Cæcum et appendice (Revue générale in Progrès médical, 17 janvier 1914, n° 3, p. 25 et suiv.).

